EIN BEITRAG
ZUR
MYOMOTOMIE.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG
DER
DOKTORWÜRDE
IN DER
MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE
UNTER DEM PRÄSIDIUM
VON
Dr. JOHANN VON SÄXINGER
O. Ö. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE UND VORSTAND DER FRAUENKLINIK

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN
VORGELEGT
VON
RUDOLF BIERMER
APPROB. ARZT AUS BRESLAU.

TÜBINGEN,
VERLAG VON FRANZ PIETZCKER
1894.

Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.

Das Verdienst, die erste Laparomyomotomie gemacht zu haben, gebührt einem Deutschen. Im Jahre 1830, am 29. Juni, entfernte M. J. Chelius in Heidelberg als erster ein Myom nach vorausgegangener Laparotomie. Zwar wurden bereits vor Chelius Laparotomieen bei Myomen ausgeführt, doch war der Grund hierfür der, dass man durch eine falsche Diagnose verleitet wurde, den Bauchschnitt zu machen, um die Bauchwunde, nachdem man erkannte, dass es sich um ein Myom handelte, sofort wieder zu schliessen. Gilman Kimsall nun hat zuerst auf die vorhergestellte Diagnose, die vorher geplante Myomotomie nach Eröffnung des Bauches gemacht, doch erlag Patientin der schweren, eingreifenden Operation. Im Jahre 1853 hatte Burnham den ersten Fall von Myomotomie mit Genesung zu verzeichnen.

Besondere Methoden gab es damals noch nicht. Es wurde die Operation ähnlich der einer Ovarotomie ausgeführt, nämlich durch Umschnürung des Stiels mit Seidenfäden und wagte man sich daher nur an subseröse Myome mit gut ausgebildetem Stiel. Péan und Koeberlé führten die Drahtligatur ein, die mittelst eines Knotenschnürers beliebig eng geschnürt werden konnte. Diese Erfindung hatte den grossen Vorzug, dass man zum Teil wenigstens der so gefährlichen Blutungen Herr wurde, Blutungen, die allzuhäufig nur den Tod der Patientin zur Folge hatten.

Doch auch jetzt waren die Erfolge noch absolut nicht günstig und so folgte eine Methode, ein Vorschlag dem

anderen. Ein Beweis dafür, wie grosse Schwierigkeiten man bei einer Myomotomie zu bestehen hatte, mit wie mannigfachen Zufällen man bei dieser Operation zu rechnen noch jetzt hat, ist es wohl, dass im Gegensatz zur Ovariotomie, über deren Ausführung es gegenwärtig nur eine Stimme giebt, über die Ausführung der Myomotomie noch heute die verschiedensten Ansichten herrschen.

Was die Indikationen zur Operation betrifft, so sind die Ansichten hierüber geeinigt. «Myome, die durch ihre Grösse oder durch Blutungen Gesundheit, Wohlbefinden und Leben gefährden, müssen operativ entfernt werden» [1]).

Im Folgenden möchte ich nur kurz die hauptsächlichsten Methoden erwähnen, auf welche Myome am besten entfernt werden können, um dann etwas genauer auf die beiden gebräuchlichsten Methoden der supravaginalen Amputatio uteri mit intraperitonealer Stielbehandlung, nämlich der von Schröder eingeführten Etagennaht und der von Zweifel mit so glänzendem Resultat ausgeführten Partieenligatur, einzugehen. Bei kleinen gestielten Myomen, die per vaginam für den Operateur leicht zugänglich sind, d. h. wenn der Cervicalkanal soweit eröffnet ist, dass man den Polyp leicht fassen kann, geht man am besten so vor, dass man den Tumor mit einem stumpfen Muzeux fasst und dann mittelst der Siebold'schen Polypenscheere denselben an seiner Ansatzstelle abträgt. Hierauf kann man, wenn's nötig, mit einem kleinen Jodoformgazetampon comprimieren. Die Blutungen sind in der Regel nicht allzubedeutend und schliesst sich der vorher offene Muttermund bald nach der Operation. Auch kann man, wenn der Muttermund verstrichen auf die Convexität des Tumors mit einem Messer einschneiden und denselben stumpf ent-

1) H. Fritsch, Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrgangs 1891/92.

fernen. In der hiesigen Frauenklinik sah man auch oft gute Erfolge, wenn man, solange der Tumor noch nicht bequem zugänglich war, mittelst einer, für diesen Zweck konstruierten Nadel ein ziemlich breites, am besten ein Nabelschnurband, durch die Convexität des Tumors gezogen und dann den Tumor an dieser Handhabe in mehreren Sitzungen allmälig soweit herabzog, bis man ihn bequem abtragen konnte. Doch ist bei diesem Verfahren mit grosser Vorsicht vorzugehen, damit es nicht durch den am Tumor ausgeübten Zug zu einer Inversio uteri kommt.

Weit grössere Schwierigkeiten bietet die sogenannte vaginale Myomotomie, wobei bis kindskopfgrosse submuköse Myome nach blutiger Erweiterung des Cervix und Uterussegments bis zum Niveau der Geschwulst, durch Zerstückelung mit nachheriger Enucleation entfernt worden sind. [Pozzi.] Endlich muss hier noch die vaginale Hysterektomie erwähnt werden, die besonders dann notwendig ist, wenn man am Schluss der Zerstückelung zur Gewissheit kommt, dass die Geschwulst nur entfernt werden kann, wenn man einen Teil der Uteruswand mitnimmt.

Hier anzuschliessen als vaginale Operation bei Myomen, wären die verschiedenen Arten der elektrischen Behandlung; auf dieselben hier einzugehen, würde zu weit führen.

Wir kommen nun zu den Operationen mit vorausgehender Laparotomie.

Die Vorbereitung der Patientin ist im Ganzen dieselbe wie zur Laparotomie aus anderen Gründen. Nach Fritsch ist es zu empfehlen, dass Patientin womöglich einige Tage vor der Operation in die Klinik aufgenommen wird, damit sie sich an die Umgebung, Bett etc. gewöhnt. Flüssige Nahrung, Abfuhrmittel, zwei Vollbäder und am Abend vor der Laparotomie eine Eingiessung, dies sind wohl die gebräuchlichen Vorbereitungen. Nach peinlichster Desinfec-

tion des Operateurs wie der Patientin wird in tiefer Narkose der Bauchschnitt gemacht.

Über die Grösse des Schnittes herrscht noch eine ziemliche Meinungsverschiedenheit. Doch ist es sicher, dass man gerade bei Myomotomieen die Grösse des Schnittes abhängig machen muss von der Grösse des zu entfernenden Tumors.

Zuerst nun wollen wir die Enucleation des Myoms mit Erhaltung des Uterus kurz besprechen. Es ist ein Verdienst Spiegelbergs, diese Operation eingeführt zu haben. Spencer Wells nahm dieselbe an und A. Martin ist es zu verdanken, dass dieselbe als eine konservative Methode ausgebildet wurde. Der Verlauf der Operation in wenigen Worten besteht darin: Nachdem der Bauchschnitt gemacht, der Uterus aus der Bauchhöhle hervorgewälzt, wird um den Cervix eine elastische Binde oder ein Gummischlauch gelegt, der mittelst des Ottschen Schlingenführers nach Bedürfnis verengt werden kann. Ist man so vor einer Blutung provisorisch geschützt, so wird über der Convexität des Tumors eingeschnitten und die Geschwulst enucleirt. Da ja der Uterus so viel wie möglich geschont werden soll, muss man sich hüten, bei dieser Operation die Cavitas uteri zu eröffnen. Nachdem das Myom entfernt, wird die jetzt bestehende Höhle durch tiefe Nähte geschlossen und der peritoneale Überzug darüber sorgfältig vernäht. Der grosse Vorzug gegenüber den weiter unten zu besprechenden Methoden der Myomotomie ist die Erhaltung des Uterus.

Es folgt nun die Besprechung der Amputatio uteri mit extraperitonealer Stielversorgung.

Fritsch sagt in seinem Bericht über die Operationen 1891/92 bei der Kritik der Technik der Myomotomie folgendes:

«Betreffs der Art der Operation ist Folgendes zu sagen: die extraperitoneale Behandlung ist wie bei der Ovariotomie eine primitive Methode, ein Übergangsstadium, eine Methode der noch unvollkommenen Technik. Bei allen Operationen muss es das Bestreben sein, nach Entfernung eines Tumors, wie nach Vollendung einer Operation, die Hautwunde zu schliessen. Dies ist ohne Zweifel das Vollkommene. Auch in der Wundbehandlung im Allgemeinen hat es ein Stadium gegeben der offenen Wundbehandlung, des permanenten Bades etc. Auch dort ist das instinktive Drängen dahin gegangen, eine schöne, gut heilende Hautwunde zu erzielen und die langdauernden Heilungen per granulationem auszuschliessen. Gegenüber älteren Methoden oder gegenüber der erfahrungsgemässen schlechten Prognose bei anderen Methoden, war die extraperitoneale Stielversorgung zunächst ein Fortschritt.»

Trotzdem lässt sich nicht leugnen, dass die extraperitoneale Stielversorgung in gewissen Fällen nicht nur der intraperitonealen Stielversorgung vorzuziehen, sondern geradezu indiciert ist. Ich meine die Fälle, wo man den Stiel in der ersten Zeit nach der Operation nicht gern aus den Augen verlieren möchte, sei es, weil man gerade im besonderen Fall eine Infection fürchtet, sei es, weil die Gefahr nachfolgender Blutungen droht.

Es ist nun nicht meine Aufgabe, sämtliche Methoden der extraperitonealen Stielversorgung hier anzuführen, es genügt wohl, wenn ich von den sehr zahlreichen, die Hauptmethode von Hegar und Kaltenbach kurz erwähne.

Ihr Verfahren bezweckt den genauen Abschluss der Bauchhöhle und eine Trocknung des Stumpfes durch geeignete chemische Mittel. (Fuchs.)

Bereits im Jahre 1876 bemühte sich Kaltenbach,

das Peritoneum parietale in dichten Connex zu bringen mit dem Peritoneum viscerale des Stumpfes. Hegar vereinigte die Serosa der Bauchdecken mit der Serosa des Stumpfes durch eine eigene Naht und hatte so einen sehr guten Abschluss der Bauchwunde.

Über den Bauchdecken wurde der Stumpf durch zwei gekreuzte Péansche Nadeln gehalten. Die grösste Sorgfalt wurde nun auf die Trockenhaltung des Stumpfes gelegt. Die Blutstillung wurde durch Massenligaturen herbeigeführt. Dann wurde der Stumpf mit dem Paquelin behandelt und endlich mit 10 % Chlorzinklösung bestrichen.

Wie ich schon oben erwähnte, ist man in manchen Fällen gezwungen, die extraperitoneale Stielversorgung anzuwenden, trotzdem sich nicht leugnen lässt, dass sie verschiedene, nicht unbedeutende Nachteile bietet. Die unnatürliche Lage des Uterusstumpfes, die der Patientin oft langdauernde heftige Schmerzen verursacht, die langwierige Nachbehandlung, der häufige Verbandwechsel und endlich die Disposition zu unangenehmen Hernien sind Nachteile, die bei der intraperitonealen Stielversorgung wegfallen. Auch gehört hierher noch die Gefahr der sekundären Infektion, welche Gottlob bei der gegenwärtig streng durchgeführten Anti- und Asepsis wohl zu den grössten Seltenheiten gehören dürfte.

Die besten Resultate im Allgemeinen giebt die Amputatio uteri mit intraperitonealer Stielversorgung. Es gehört diese Operation wohl mit zu den schwierigsten gynäkologischen Operationen. Auch hier würde es zu weit führen, alle Methoden anzuführen, und gehe ich daher nur auf die beiden Hauptmethoden ein, nämlich die Schrödersche Operation mit Etagennaht und die Zweifelsche mit Partieenligatur.

Der Methode von Schröder, wie sie jetzt ausgeführt

wird, giengen verschiedene andere voraus und will ich nur auf die Methode eingehen, wie sie Schröder zuletzt ausführte.

Nach Hervorwälzung des Tumors samt Uterus werden zuerst die Adnexe sorgfältigst auf beiden Seiten abgebunden. Hierauf wird durch das Ligamentum latum eine Nadel so durchgeführt, dass die A. Spermatica doppelt unterbunden werden kann. Nachdem diese unterbunden, wird mindestens 1 cm von der lateralen Ligaturstelle durchschnitten, so dass nun Ovarien und Tuben am Tumor zurückbleiben. Achtung muss man geben, dass man nicht zu nahe am Cervix durchtrennt wegen der Gefahr, die Uterina mitanzuschneiden. Jetzt werden nach Unterbindung der Ligamenta rotunda diese abgeschnitten. Hierauf wird der Uterus gehoben und ein nicht zu dünner Gummischlauch fest um den Cervix befestigt. Ist dies geschehen, so schneidet man erst vorn, dann hinten mindestens 5 cm oberhalb der Umschnürung den Peritonealüberzug durch und präpariert ihn ab, so dass eine Manschette entsteht. Jetzt folgt die Unterbindung der Uterina an der Seitenkante des Uterus. Wenn dies geschehen, folgt die eigentliche Amputatio uteri. Hierbei muss man Achtung geben, dass sich der Gummischlauch nicht löst. Die Uterushöhle wird nun mit starker Carbollösung geätzt. Nachdem der Stumpf mit der Scheere so beschnitten ist, dass die Wundflächen gut auf einander passen, wird die von Schröder eingeführte Etagennaht angelegt. Dieselbe besteht darin, dass man mit starker Nadel und Seide am vorderen Schnittrand, ohne das Peritoneum zu fassen, einsticht, das Parenchym tief fasst, in der Mitte des Trichters aussticht, um sofort auf der anderen Seite wieder tief einzustechen und am anderen Wundrand wieder mit Vermeidung des Peritoneum die Nadel auszuführen. Nachdem man dies

mehrmals wiederholt, legt man in die Lücken der ersten Nähte, bevor dieselben noch geknüpft, zahlreiche Katgutnähte bis die Wundflächen innig vereint sind. Hierauf müssen die beiden Blätter des Peritoneums sorgfältigst vernäht werden. Ist dies geschehen, so wird der Gummischlauch abgenommen. Hat man sich davon überzeugt, dass die Blutungen vollständig stehen, so wird der Stiel versenkt und die Bauchwunde, wie bei jeder anderen Laparotomie vernäht.

Nach Zweifel nun giebt es aber keine Naht, mag sie noch so sorgfältig angelegt sein, wie die oben angeführte Etagennaht, die vollständige Garantie böte, für absolute Blutstillung. Daher hat Zweifel ein Verfahren vorgeschlagen, welches volle Sicherheit vor einer nachfolgenden Blutung bietet. Es ist dies »die fortlaufende Partieenligatur oder Ligatura partialis continua«, auf die etwas näher einzugehen für uns wohl von Interesse sein dürfte.

Die Partieenligatur wird ausgeführt mit einer langen Bruns'schen Schiebernadel, deren Öhr vom Griff geöffnet und geschlossen werden kann. So ist man im Stande, durch ein und denselben Stichkanal einen Faden hinauszubringen und einen zweiten zurückzubringen. Dies gilt für die Ligatur des Uterus-Stumpfes.

Für die Ligatur der Ligamenta lata und der Ovarialstiele benutzt Zweifel eine von ihm modifizierte stumpfe Schiebernadel. Es wird also mit der Unterbindung am Ligamentum infundibulopelvicum begonnen. Der erste eingeführte Faden bleibt nun liegen und bevor jetzt die Schiebernadel entfernt wird, wird ein zweiter Faden eingelegt. Dieser zweite Faden wird durch den ersten Stichkanal zurückgezogen, um sofort fingerbreit medianwärts wieder mit derselben Nadel durch eine gefässfreie Stelle des Ligamentum latum durchgeführt zu werden. Der Faden

Nr. II wird jetzt erst aus dem Öhr genommen und ein dritter Faden (Nr. III) eingelegt. Faden I und II werden geknotet und kurz abgeschnitten. Dies geschieht auf beiden Seiten in derselben Weise. Faden Nr. III wird nun an beiden Seiten von je einer Köberle'schen Klemmpinzette gefasst, um Verwicklungen zu verhüten. Dann folgt die Durchschneidung des Ligamentum latum bis an die Uteruskante unterhalb der Ovarien. Damit nun das Corpus uteri sein Blut nicht in die Bauchöhle ergiessen kann, wird über die Stümpfe der Tuben und der Ligamenta lata eine Billroth'sche Klemmzange mit Sperrhaken angelegt. Diese Klemmzangen, die Faden Nr. III, die noch nicht geknotet sind, werden nun durch die Assistenz emporgehalten, der Cervix unterhalb mit einem elastischen Schlauch umbunden und eine Schlauchklammer angelegt. Jetzt entfernt man die Klemmzangen, durchschneidet hinten wie vorn das Peritoneum mit dem Messer und streift es nach abwärts, so dass eine Manschette entsteht. Nun folgt die eigentliche Amputatio uteri in horizontaler Richtung, der Cervix wird mit dem Paquelin behandelt und der Brandschorf keilförmig ausgeschnitten. Nun wird die Partieenligatur fortgesetzt. Es wird ein Ende des Fadens Nr. III in das Öhr der scharfen Bruns'schen Schiebernadel gelegt und die Kante des Uterus, indem das Peritoneum gefasst wird, von vorne nach hinten durchstochen und zwar wird das Peritoneum bei Nr. III an der Kante des Uterus mitgefasst, um die Uterina sicher zu fassen. Hinten kommt erst ein neuer Faden Nr. IV in die Schiebernadel, nachdem dieselbe soweit zurückgegangen ist, dass das Peritoneum nicht mehr mitgefasst wird, da das Peritoneum nur bis Nr. III mitgefasst werden soll. Dann wird der Faden Nr. IV zurückgezogen wieder mit Vermeidung des Bauchfells und so geht es weiter. Die Stumpfligaturen

dürfen nicht zu oberflächlich sein, wegen der Gefahr des Ausreissens. Das Bauchfell wird durch fortlaufende Naht über den Stumpf vernäht. So ist man sicher, dass nicht die geringste Strecke ununterbunden wäre. Es wurde im Jahre 1881 am 21. Mai der erste Fall auf diese Weise von Zweifel so operiert und hat Zweifel mit seiner Methode eine Mortalität von nur 4%, doch sicher ein sehr günstiges Resultat.

Es wäre wohl noch zu erwähnen, dass man zur Entfernung von Myomen den Uterus ganz entfernte, und hat wohl zu dieser Operation die Freund'sche Totalexstirpation, die bis dahin nur bei Carcinoma uteri angewandt wurde, Veranlassung gegeben. Es wären hier als Vertreter dieser Methode Martin, Mackenrodt, Fritsch, Chroback, Ott und Andere zu nennen.

Zur Vollständigkeit möchte ich noch daran erinnern, dass man nach erfolgter Castration Stillstand der Blutungen und Rückgang submuköser Myome beobachtet hat und ist dies der Grund, dass die Castration als Therapie bei Myomen in Betracht kommt.

Aus Allem dem geht hervor, dass man eine bestimmte Methode der Operation für alle Fälle von Myomen nicht annehmen kann, sondern dass man bald per vaginam, bald durch Enucleation oder durch die Amputatio uteri, sei es nun mit extra- oder intraperitonealer Stielversorgung, vorgehen muss, was bei dem einzelnen Fall speziell vom Sitz des Myoms abhängig ist. Hierfür mögen folgende 9 Fälle von Myomotomie als Beweis dienen, welche in der letzten Zeit in hiesiger Frauenklinik mit günstigem Erfolg operiert wurden, und auf die ich hier nun eingehen will.

Es kämen zuerst, sechs Fälle in Betracht, wo es sich um subseröse Myome handelt. Da die Operation in diesen Fällen meist einfach, ohne besondere Schwierigkeiten ver-

lief, so werde ich auf dieselben nur kurz eingehen. Doch wird einer dieser Fälle unser Interesse in hohem Masse in Anspruch nehmen, ein Fall, bei dem die Operation durch enorm erweiterte Venen, welche in die Verwachsungen des Uterus hineinwucherten und Anfangs für Dünndarmschlingen gehalten wurden, bedeutend erschwert wurde.

Fall I. J.-N. 1890/91 206. Marie Wölpert, geboren zu Waiblingen, 35 Jahre alt, ledig, wurde am 28. November 1890 in die Klinik aufgenommen. Die Anamnese ist nur insofern von Bedeutung, als dass Patientin angiebt, sie habe wegen schmerzhafter Periode die Hilfe eines Arztes in Anspruch genommen, der nach der Untersuchung sie darauf aufmerksam machte, dass sie eine Geschwulst im Unterleib habe, von der sie bis dahin absolut nichts bemerkt haben will.

Status. Äussere Untersuchung ergiebt: gerade über der Symphyse ist ein Tumor durchzupalpieren, doch wegen der Dicke der Bauchdecken ist nichts zu sagen über Grösse und Consistenz derselben.

Innere Untersuchung: Uterus etwas nach links verlagert, Sonde 6—7 cm weit einzuführen, Sondierung schmerzhaft, Tumor leicht beweglich. Tumor steht mit dem Uterus in Verbindung. 7. Januar 1891 Myomotomie durch Herrn Professor Dr. von Säxinger ausgeführt. Vorbereitungen, sowie Bauchschnitt wie gewöhnlich. Der Tumor wird aus der Bauchhöhle hervorgewälzt, derselbe ist orangengross, fibromhart, hat an seinem unteren Ende einen $2^1/_2$ querfingergrossen und ca. fingerdicken Stiel. Derselbe wird an den dünnerscheinenden Stellen mit der Nadel durchstochen und mit Seide in 3 Partieen unterbunden. Unter diese Ligatur wird noch eine zweite Reserve-Ligatur gelegt. Das Myom wird ziemlich hoch über der oberen Ligatur abgeschnitten und der Stiel alsdann mit der Scheere zugeschnitten, dann cauterisiert und versenkt. Die Dicke der Bauchdecken erschwert etwas das Vernähen derselben. 28. Februar 1891. Patientin wird geheilt entlassen.

Fall II. J.-N. 236. S.S. 1892. Theresia Riedlinger, geboren zu Schömberg OA. Rottenburg, 38 Jahre alt, ledig, nulli para, wurde am 4. Mai 1892 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: wenig von Bedeutung.

Status. Äussere Untersuchung: die Palpation ergiebt einen beweglichen ca. kindskopfgrossen Tumor.

Innere Untersuchung: Uterus anteflectiert, für sich isoliert herauszutasten und zu sondieren.

Diagnose: Subseröses Myom.

2. Juni 1892. Die Operation, die wiederum durch Herrn Professor Dr. von Säxinger ausgeführt wird, ist der obigen so ähnlich, dass ich wohl nicht weiter darauf eingehen brauche. Heilung verlief per primam. Patientin geheilt entlassen.

Fall III. J.-N. 238. S.S. 1892. Christine Kirgis, geboren zu Bach und Altenberg OA. Oberndorf, ist 50 Jahre alt. Patientin ist ledig, nulli para. Sie wurde am 2. Mai 1892 aufgenommen.

Anamnese: unwesentlich.

Untersuchung ergiebt: Im Abdomen fühlt man einen ca. zwei faustgrossen, annähernd dreieckigen, harten, höckrigen, schmerzlosen, leicht beweglichen Tumor. Der Uterus ist anteflectiert, vom Tumor zu isolieren. Sonde lässt sich 10 cm tief einführen. Bei der Untersuchung keine Schmerzen.

17. Juni 1892. Es wird die Myomotomie durch Herrn Professor Dr. von Säxinger vorgenommen und verläuft dieselbe völlig nach Wunsch.

Patientin wird geheilt entlassen.

Fall IV. J.-N. 250. W.S. 1892/93. Rosa Sautter aus Rottweil, 47 Jahre alt, verheiratet, nulli para, wurde am 2. Dezember 1892 aufgenommen.

Anamnese. Seit 2 Jahren bemerkte Patientin, dass ihr Bauch von links herauf langsam wachse und immer grösser wurde. In letzter Zeit klagt Patientin über stechende Schmerzen im Unterleib.

Die Untersuchung ergiebt: Abdomen entsprechend dem

achten Monat der Schwangerschaft vergrössert. Nabel blasenförmig aufgetrieben, Linea alba pigmentiert, deutlich cystischer Tumor bis zwei fingerbreit unter den Processus xiphoideus. Tumor leicht nach oben verschiebbar. Uterus anteflectiert, vergrössert. Vom Mastdarm aus fühlt man im Douglas ein etwas vergrössertes schmerzhaftes Ovarium.

17. Februar 1893. Patientin wird von Herrn Professor Dr. von Säxinger operiert. Der Tumor ist — er wurde zuerst für ein Ovarialkystom gehalten, — wie sich jetzt herausstellt, ein cystisch entartetes Fibromyom von zweimannskopf Grösse. Gewicht des Tumors 18½ Pfd. Verlauf der Operation ohne Schwierigkeiten. Heilung per primam. Patientin wird geheilt entlassen.

Fall V. J.-N. 266. S.S. 1893. Luise Diamant, geboren zu Ravensburg, 36 Jahre alt, ledig, nulli para (Privat-Patientin).

Patientin wurde am 17. Mai 1893 aufgenommen. Untersuchung ergiebt als Diagnose: Fibroma uteri interstitiale et subserosum.

Die Operation, die ebenfalls von Herrn Professor Dr. von Säxinger ausgeführt wurde, verlief ganz glatt. Es wurde an die Myomotomie die Castratio duplex angeschlossen. Heilung per primam. Patientin geheilt entlassen.

Fall VI. J.-N. 261. S.S. 1893. Marie Sailer aus Tübingen, 29 Jahre alt, verheiratet, nulli para, ist die Frau eines Studentendieners. Sie wurde am 30. Mai 1893 aufgenommen.

Dieser Fall verdient, wie ich oben schon erwähnte, deshalb unser Interesse, weil sich bei der Operation ganz unvorhergesehene, nicht unbedeutende Complicationen einstellten, die die Operation nicht wenig erschwerten.

Anamnese: Es muss hervorgehoben werden, dass seit der Verheiratung Patientin über sehr heftige Schmerzen bei der Periode zu klagen hat.

Ferner giebt sie an, dass während der Periode ihr Bauch grösser wurde, um nach der Periode wieder abzuschwellen.

Bereits am 25. April 1891 wurde Patientin genau unter-

sucht und ergab die damalige Untersuchung: Im Abdomen fühlt man einen ca. 1 1/2 faustgrossen, eiförmigen, derben, harten, sehr leicht beweglichen Tumor. Die Bewegung des Tumors nach der Seite verursacht Schmerzen. Die innere Untersuchung ergiebt: der Uterus ist leicht anteflectiert, isoliert abzutasten, nicht vergrössert, während beide Ovarien deutlich vergrössert und schmerzhaft sind. Der Tumor hängt mit dem Uterus zusammen.

1. Juni 1893. Status: Abdomen entsprechend dem neunten Monat der Schwangerschaft vergrössert, Linea alba etwas pigmentiert. In der Haut des Bauches einige ektatische Venen und einige frische Striae. Durch die dünnen, schlaffen Bauchdecken fühlt man einen derben, harten, festen Tumor, dessen Oberfläche uneben ist. Die Palpation ist nicht schmerzhaft. Die Geschwulst ragt rechts bis unter den rechten Rippenbogen hinauf, links erreicht sie den linken Rippenbogen noch eben, in der Mitte reicht sie bis drei Querfinger unter den Processus xiphoideus. Die Bauchdecken sind über dem Tumor verschiebbar. In der Mitte unterhalb des Nabels ist in der Ausdehnung einer Hand eine schlaffe, fluktuierende Partie durchzufühlen. Vorn rechts hat man das Gefühl, als ob Dünndarmschlingen mit dem Tumor verwachsen seien. Der ganze Tumor hat von unten links nach oben rechts eine längsovoide Gestalt. Uterinalgeräusch nicht deutlich. Die innere Untersuchung ergiebt: Vaginalteil steht median, descendiert, Corpus uteri liegt schräg nach rechts anteflectiert. Sonde 7 1/2 cm tief einzuführen, Sondierung schmerzhaft. Uterus lässt sich gegenüber der Geschwulst abgrenzen.

2. Juni 1893. Es wird durch Herrn Professor Dr. von Säxinger die Operation vorgenommen. Nach Eröffnung der Bauchdecken sieht man, dass auf der linken Seite des Tumors das Netz mit demselben verwachsen ist. In demselben verlaufen daumendicke, wurstförmige Venen, die man zuerst für Dünndarmschlingen hielt, und deren Verästelung in den Tumor selbst hineingewachsen, sich im Tumor weiter fortsetzen. Links

oben am Tumor fühlt man durch das Netz eine prall gespannte Vene, die man zuerst für eine vergrösserte Lymphdrüse hielt. Rechts vorn und seitlich, ebenso oben ist die Geschwulst frei von Verwachsungen. Der kolossale, grosse Tumor mit von Blut strotzender, cyanotischer Oberfläche wird aus der Bauchwunde herausgewälzt, ein Schwamm in die Bauchhöhle einge legt und diese provisorisch geschlossen mittelst einer Zange. Die enorm gefüllten, grossen Venen hängen nun wie Würste am Tumor herunter. Das verwachsene Netz wird in Partieen abgebunden, die grossen Gefässe für sich einzeln ligaturiert.

Nachdem die linksseitigen Adhäsionen doppelt unterbunden und durchschnitten sind, muss noch eine kurze, blutreiche, morsche Verwachsung an der Hinterfläche des Tumors mit dem Mesenterium des Dünndarmes gelöst werden.

Nachdem nun so der Tumor freigelegt, wird der Stiel durchstochen, mit doppelten Fäden nach beiden Seiten ligaturiert und verläuft jetzt die Operation ohne weitere Störungen. Die Operation dauerte 1 1/2 Stunde. Der Tumor wog 12 1/2 Pfd. Patientin wurde geheilt entlassen. Da Patientin aus Tübingen ist, so erfahren wir, dass ihr Allgemeinbefinden, Appetit sehr gut ist, dass die Periode regelmässig und schmerzlos eintritt, wie vor ihrer Verheiratung.

Es folgen jetzt zwei weitere Fälle von Myomotomie, wo nach der Schröder'schen Methode verfahren wurde, und wo ich besonders auf den ersteren eingehen möchte, da der zweite Fall sich diesem innig anschliesst, was den Verlauf und die übrigen Verhältnisse betrifft.

Fall VII. J.-N. 246. W.S. 1892/93. Katharine Hahn, geboren zu Rottenburg, 47 Jahre alt, verheiratet, nulli para, wurde am 18. Oktober 1892 in die Klinik aufgenommen. Die Anamnese ergiebt, dass Patientin seit einem Jahre an unregelmässigen Blutungen, die 2—3 Wochen anhalten, leidet. Über Schmerzen hat sie nicht zu klagen, doch nimmt sie der grosse Blutverlust arg mit. Hie und da zeigt sich nach den Blutungen ein gelblich weisser Ausfluss.

Status: Patientin sieht blassgelb, mager, anämisch aus. Abdomen entsprechend dem siebenten Monat der Schwangerschaft vergrössert. Palpation ergiebt einen mannskopfgrossen, fibromharten, furchigen Tumor von unebener, knolliger Beschaffenheit. Der schmerzlose Tumor lässt sich leicht bewegen. Links an der Geschwulst hört man Uterinalgeräusch. Die innere Untersuchung ergiebt: die Vaginalportion median, Muttermund keine Einrisse, Uterus anteflectiert, vergrössert, 8—9 cm gross, etwas schräg nach rechts verlagert. Sondierung schmerzhaft und tritt nach jeder Untersuchung eine Blutung auf.

14. November 1892. Operation macht Herr Professor Dr. von Säxinger.

Nach Eröffnung des Abdomens entleert sich aus der Bauchwunde eine geringe Menge ascitischer Flüssigkeit. Der Tumor wird auf die Kante gestellt und herausgewälzt. Es zeigt sich nun, dass der Stiel des Tumors breit von der vorderen Uteruswand ausgehend, in den Tumor übergeht. Der Stiel ist ca. handbreit und 3—4 Querfinger dick. Die hintere Wand des Uterus ist deutlich an ihrer Convexität zu erkennen und sind die Tubenansätze deutlich. Die vordere Uteruswand geht in den Tumor über. Auf der Hinterfläche des Uterus zeigen sich kleine, circumscripte Höcker. Es wird nun ein Schlauch unter den Fundus uteri möglichst tief herumgelegt und ein zweiter unter den grossen Tumor. Unterhalb dieses letzteren wird der Tumor abgeschnitten. Beide Schläuche liegen gut, denn die Blutung ist gleich null. Auf diesem nun konisch gebildeten Stiel liegen noch einige apfel- bis haselnussgrosse Tumoren, die teils stumpf, teils nach vorhergegangener Incision, mit der Scheere aus ihrer Kapsel ausgeschält werden. Nun wird der Trichter des Stiels durch die oben genauer beschriebene Schröder'sche Etagennaht sorgfältigst vernäht. Um die noch vorhandenen subserösen Myome unschädlich zu machen, wird die Castration noch angeschlossen.

Nachdem man sich überzeugt, dass die Blutungen stehen, wird der Gummischlauch entfernt und der Stiel versenkt, die

Bauchwunde vernäht. Patientin wurde geheilt in ihre Heimat entlassen.

Fall VIII. J.-N. 283. W.S. 1893/94. Maria Kuppler aus Öschingen OA. Rottenburg, 49 Jahre alt, hat 5mal geboren und ist verheiratet. Anamnese ergiebt nichts wesentliches.

Seit Mai 1893 bemerkte Patientin eine Geschwulst im Bauch, die anfangs langsam, in letzter Zeit rasch gewachsen sein soll. Auch waren in letzter Zeit wehenartige Schmerzen vorhanden.

Status. Grosse, gesund aussehende Frau mit geringem Panniculus adiposus. Bauchhaut ist welk, Bauchdecken schlaff. Im Abdomen liegt ein ovoider, nahezu mannskopfgrosser, glatter, schmerzloser, freibeweglicher Tumor.

Die innere Untersuchung ergiebt: der Uterus ist anteflectiert, vergrössert, 7,5 cm lang, lässt sich heraustasten. Der Tumor bewegt sich mit dem Uterus, doch kann man den Uterus auch für sich etwas bewegen. Das Ovarium kann nicht nachgewiesen werden.

29. November 1893 wurde durch Herrn Professor Dr. von Säxinger die Amputatio uteri mit intraperitonealer Stielversorgung nach Schröder vorgenommen. Die Operation ist in ihrem Verlauf der vorhergehenden so ähnlich, dass ich wohl nicht näher darauf eingehen brauche. Bemerkt sei nur, dass der entfernte Tumor ein reines, fleischiges Myom mit wenig fibrösem Gewebe gewesen ist.

Patientin wurde geheilt entlassen.

Fall IX. J.-N. 292. W.S. 1893/94. Elise Vogt aus Belsen OA. Rottenburg, ist 40 Jahre alt, verheiratet, nulli para. Dieselbe wurde am 28. Dezember 1893 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Patientin will stets gesund gewesen sein bis vor 8 Jahren, wo sie bemerkte, dass die Periode, die früher immer regelmässig war, jetzt 10—14 Tage andauerte. Seit 6 Jahren bemerkte Patientin ein langsames Dickerwerden des Unterleibs ohne jede weitere Schmerzen und Beschwerden.

Status. Mittelgrosse, gesund aussehende Frau. Das Abdomen, besonders die rechte Hälfte desselben, ist deutlich vorgewölbt durch einen längsovoiden, fibromharten, höckerigen, schmerzlosen ca. zweifaustgrossen Tumor. Derselbe ist ohne Schmerzen verschiebbar.

In der Mitte des Abdomens fühlt man durch die Bauchdecken einen zweiten kugeligen, ungefähr faustgrossen Tumor, welcher die linke Bauchgegend vorwölbt. Es stellt sich heraus, dass dieser Tumor der vergrösserte Uterus ist. Auf seiner Oberfläche sind mehrere, teils gestielte, bewegliche, subseröse Höcker zu fühlen. Zwischen dem linken Rippenbogenrand und dem linken Darmbein ist ein dritter ebenfalls fibromharter Tumor durchzutasten. Beide Tumoren No. I und No. III sind mit dem mittleren, dem Uterus, in Verbindung. Über dem Uterus hört man ein Uterinalgeräusch. Innerlich fühlt man, dass die Vaginalportion ziemlich median liegt, am äusseren Muttermund sind keine Einrisse, der Uterus ist anteflectiert, vergrössert, etwas nach links verlagert. In der hinteren Uteruswand ist ein apfelgrosser Tumor, der sich direkt über der Vaginalportion ausbuchtet, die linke Uteruswand ist frei. Der Haupttumor sitzt in der hinteren Wand. Nach der Sondierung tritt eine geringe Blutung auf.

Am 25. Januar 1894 wurde durch Herrn Professor Dr. von Säxinger die Amputatio uteri mit extraperitonealer Stielbehandlung vorgenommen. Der grosse rechtseitige Tumor wird auf die Kante gestellt und herausgewälzt. Derselbe zeigt nach rechts vorn eine fingerlange, daumendicke, fibröse, straffe, blutreiche Adhäsion, die doppelt unterbunden und dann durchschnitten wird. Hierauf wird Ovarium sammt Tube in der gewöhnlichen Weise abgebunden. Es werden weitere Adhäsionen versorgt. So kann man endlich den Tumor bequem vor die Bauchdecken bringen. Letztere werden nun provisorisch verschlossen mittelst Klemme. Nun wird das linke, subseröse Fibrom ähnlich einem Ovarialtumor behandelt, abgebunden, und abgeschnitten, der Stumpf kauterisiert. Der rechte Tumor

wird mit Gummischlauch umschnürt, oberhalb des Schlauches werden zwei Péansche Nadeln kreuzweise durchgestochen, der Tumor abgetragen, ganz ähnlich wie bei dem Verfahren von Hegar und Kaltenbach, das ich oben bereits erwähnt, und auf welches ich deshalb wohl nicht genauer einzugehen brauche. Der Stiel wird extraperitoneal versorgt und verläuft die Operation ganz glatt.

Der Stiel fällt einige Tage nach der Operation ab und die Bauchwunde heilt zu.

So haben nun die oben angeführten neun Fälle bewiesen, wie verschiedene Verfahren man anzuwenden gezwungen ist, je nach der Art und Sitz des Myoms und ferner mit wie grossen Schwierigkeiten man gerade bei dieser Operation zu rechnen hat.

Zum Schluss bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Herrn Lehrer, Professor Dr. von Säxinger, für die Anregung und Überlassung dieser Arbeit, sowie Herrn Dr. Winternitz für die freundliche Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Die zu dieser Arbeit benutzte Litteratur bestand aus folgenden Büchern:

1) Das Lehrbuch von Pozzi.
2) Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrgangs 1891/92 von H. Fritsch.
3) P. Zweifel, Vorlesungen über Gynäkologie. Berlin 1892.
4) W. Fuchs, die Methoden der Laparomyomotomie. Jena 1893.
5) Schröder's Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig 1893.